FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 N° 519

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 9 heures*

PAR

**Eugène-Georges BASSINOT**

NÉ A PARIS, LE 6 OCTOBRE 1872.

Licencié ès-sciences naturelles

# DE L'OCCLUSION INTESTINALE

## par Torsion totale du Mésentère

*Président :* M. TILLAUX, *Professeur.*

*Juges :* MM. DELENS, *Professeur.*
SCHWARTZ, *Agrégé.*
LEGUEU, *Agrégé.*

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical**

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY
11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1900

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547226_0014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 N°

# THÈSE

519

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 9 heures*

PAR

**Eugène-Georges BASSINOT**

NÉ A PARIS, LE 6 OCTOBRE 1872.

Licencié ès-sciences naturelles

# DE L'OCCLUSION INTESTINALE

## par Torsion totale du Mésentère

*Président :* M. TILLAUX, *Professeur.*

*Juges :* MM. DELENS, *Professeur.*
SCHWARTZ, *Agrégé.*
LEGUEU, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

ACAD. LUGD BAT. BIBL.

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY
11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1900

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

# AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études, nous tenons à acquitter notre dette de reconnaissance envers les maîtres qui ont contribué à notre éducation médicale.

Tous nos remerciements et tous nos hommages :

A Monsieur le Docteur Barth, médecin de l'hôpital Broussais, puis de l'hôpital Necker :

A Monsieur Soupault, suppléant Monsieur le Docteur Moutard-Martin, médecin de l'hôpital de la Charité, qui nous initia aux pertubations du chimisme gastrique et aux maladies de l'estomac.

A Monsieur le Professeur agrégé Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin, qu'il nous permette de lui adresser l'expression de notre sincère gratitude pour la bienveillance dont il nous a honoré pendant le temps que nous avons passé dans son service, bienveillance qu'il a bien voulu nous continuer depuis. Dans des circonstances particulièrement proches, nous avons pu apprécier sa sagacité de clinicien et la justesse de son diagnostic. Qu'il nous soit permis de l'en remercier.

A Monsieur le Docteur de Beurmann, médecin de

Plus tard, Raige-Delorme, dans le dictionnaire en 30 volumes, à l'article *volvulus*, consacre une mention spéciale à ce mode d'occlusion.

Depuis cette époque, les auteurs se sont surtout occupés des rotations du gros intestin, laissant complètement de côté celles de l'intestin grêle.

Il faut remonter jusqu'à ces dernières années, pour trouver dans la littérature des faits se rapportant à ce sujet.

En 1890, M. Routier, chirurgien des hôpitaux, fait à la Société de Chirurgie une communication sur divers modes d'occlusion intestinale. Il signale dans son observation le cas d'une femme atteinte d'obstruction intestinale, dont l'opération faite d'urgence, présenta plusieurs particularités. A côté d'anses intestinales distendues fortement, s'en trouvaient d'autres affaissées. Le cours des matières fut rétabli par le dévidement de l'intestin qui semblait plongé dans un trou analogue à un collet herniaire, formé par la torsion du mésentère dans lequel l'intestin s'était engagé.

En 1896, M. le Docteur Mignon, professeur agrégé au Val-de-Grâce, décrit un nouveau cas de torsion du mésentère, torsion consécutive à une fossette duodénale, et ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë. Pour la première fois, il définit les allures cliniques de cette variété d'occlusion, les faits anatomo-pathologiques qui s'y rapportent, et les justifie par l'expérimentation. Il est possible, dit-il, d'enrouler le mésentère sur lui-même en faisant décrire à toute la masse de l'intestin grêle un mouvement de rotation de gauche à droite. On retrouve,

quand le mouvement a été complet, la corde transversale du flanc droit que nous avons observée chez notre malade ; et, au point de vue opératoire, nous ne saurions trop attirer l'attention sur la sensation de corde rigide, volumineuse, que donne le mésentère enroulé sur lui-même.

Mais, c'est en 1898, que M. Delbet décrivit l'affection avec ses particularités. Il signala deux cas d'occlusion par torsion du mésentère. Ces torsions du mésentère n'étaient pas des lésions inconnues, puisque la discussion qui s'engage à la Société de Chirurgie sur leur mécanisme, apporta de nouvelles observations.

Depuis cette époque, de nouveaux cas furent publiés par plusieurs auteurs. Nous avons pu réunir près de vingt cas d'occlusion intestinale par torsion du mésentère. Cette variété, n'étant pas aussi rare qu'on pourrait le supposer, il nous a paru intéressant d'en faire une étude générale.

Dernièrement, en janvier 1898, parut une thèse de M. Emile Fabre, élève du service de santé, sur ce sujet. Tout d'abord, nous eûmes l'idée que nous faisions double emploi, mais en lisant attentivement la thèse indiquée, nous vîmes que cette dernière avait pour pivot l'observation de M. Delore concernant l'occlusion d'une anse intestinale par torsion de son mésentère, occlusion favorisée par une adhérence de l'intestin à la trompe. L'occlusion par torsion totale du mésentère y était décrite, mais reléguée au second plan. Fabre sur ces deux variétés d'occlusion ne possédait que huit observations. Nous avons eu le bonheur d'en recueillir près

de vingt, concernant les occlusions par torsion totale et par torsion partielle, mais nous ne nous occuperons que de l'occlusion par torsion totale du mésentère.

M. le Docteur Morestin, chirurgien des hôpitaux nous a donné l'idée de ce travail, il a bien voulu soustraire de sa belle collection d'observations cliniques celle qui se rapporte à notre sujet. Nous l'en remercions, ici, bien vivement.

## ETIOLOGIE

Jusqu'à ces dernières années, l'occlusion intestinale par torsion de la totalité du mésentère de l'intestin grêle, était complétement oubliée. Il a fallu, comme nous l'avons dit, la discussion survenue à la Société de Chirurgie en 1898, lors de la publication des deux cas de M. Pierre Delbet, pour attirer l'attention des chirurgiens sur ce mode d'occlusion.

Depuis cette époque, un grand nombre d'auteurs ont relaté soigneusement les cas qu'ils ont pu observer, et près de vingt cas ont été publiés à notre connaissance. Il serait difficile de se prononcer sur sa fréquence, mais il est certain qu'elle est plus grande que ne le suppose E. Fabre dans son travail qui date de 1898. Beaucoup de facteurs en augmentent sa rareté apparente. Nombre de torsions du mésentère ne sont pas diagnostiquées, ne sont pas publiées ou sont méconnues ou bien mal interprétées.

*Fréquence.* — Bérard et Delore en deux ans observent six cas dont un de torsion totale, Reynier trois cas en six ans, Routier et Delbet en ont observé aussi plusieurs

cas dans un intervalle de quelques années ; ajoutons à cela les observations de Mignon, Monod, Kirmisson, Morestin, etc...

C'est une affection de l'âge adulte et surtout de la vieillesse ; les quatre observations de Rokitansky portent sur des sujets de 71 et 72 ans. Ailleurs, on l'a observée quatre fois sur des femmes de 50 ans environ. Deux de nos observations seulement ont trait à des malades âgés l'un de 7 ans 1/2, l'autre de 15 ans.

Le sexe a-t-il une certaine influence ? Nous ne saurions nous prononcer. Cependant, contrairement aux assertions de Fabre qui s'exprime ainsi : « Peut être le sexe masculin y est-il prédisposé par la nature plus pénible de ses occupations », nous pensons que l'affection qui nous occupe est plus fréquente chez la femme.

Dans les antécédents des malades, nous avons signalé la constipation habituelle ; la coprostase dans l'intestin grêle agit peut-être comme cause adjuvante. Ailleurs rien de spécial, cependant nous signalerons comme prédisposition, des crises de coliques, un état gastro-intestinal plus ou moins marqué. Selon Bérard et Delore la cause prédisposante la mieux probante serait l'allongement anormal du mésentère, allongement acquis plus souvent que congénital.

Enfin on a signalé des adhérences dues à des péritonites anciennes, la présence d'une hernie ancienne.

## SYMPTOMATOLOGIE

*Tableau clinique*. — Début dramatique par une douleur très vive, atteignant presque d'emblée son maximum d'intensité, douleur d'abord localisée mais se diffusant rapidement. Apparition de nausées sans vomissements ou avec vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Constipation à ce moment absolue, n matières, ni gaz ne sont rendus par l'anus.

Anurie, le plus souvent oligurie. Ballonnement du ventre modéré ou considérable, siègeant plus généralement dans la région ombilicale. Visage rapidement altéré, température normale ou peu élevée, pouls légèrement accéléré. Augmentation rapide des phénomènes de dépression, si l'intervention est différée.

Tel est le tableau clinique le plus général de l'occlusion intestinale par torsion de la totalité du mésentère de l'intestin grêle.

Ce tableau clinique, tel que nous venons de le décrire, est naturellement susceptible de revêtir quelques modifications.

Le mode de début est soudain. Dans l'observation de

M. Morestin, il s'agit d'un homme de 55 ans, qui jusque là, d'une bonne santé, est pris de douleurs vives dans le ventre, après déjeuner, en allant à son travail. Il est obligé de rentrer chez lui et se met à vomir.

Le cas de M. Mignon est absolument analogue. C'est un garde républicain âgé de 28 ans, qui vers sept heures du soir, est pris en pleine santé, de malaise, vomissements avec vives douleurs dans l'abdomen sans localisation bien nette.

Même début dramatique chez le malade de M. Routier.

Tel est ce début brusque, survenant chez un sujet dont l'état général n'offre rien d'anormal. Quelquefois, une période de constipation avec douleurs vagues dans l'abdomen précède les accidents aigus. Il y a eu des rémissions passagères, puis les accidents éclatent subitement avec leur maximum d'intensité, comme dans le cas de M. Monod et dans celui de M. Kirmisson.

La *douleur* est un signe constant, c'est toujours le phénomène initial. Très aiguë, très vive, brusque et atteignant d'emblée son maximum d'intensité, elle a fait dire au malade de M. Delbet « qu'une bête lui tord les boyaux ». Dans d'autres cas, ce sont des douleurs continues et violentes.

Quelquefois cependant, les phénomènes douloureux du début sont moins nets, on les attribue à des coliques dûes à la constipation, et au bout de quelques heures ou quelques jours elle atteint son paroxysme. La douleur peut persister, sans céder, dans son intensité pendant une journée, ou bien présenter, et c'est le cas le plus spécial, des exacerbations, des crises avec des rémissions

complètes. Ces crises surviennent à l'occasion d'efforts, de vomissements. La douleur est localisée, dès le début, dans le flanc droit et la fosse iliaque correspondante, ou bien dans la région du côlon transverse, quelquefois dans la région des reins et la partie inférieure du dos (cas de M. Monod). Cependant, dans l'observation de M. Morestin, « il n'y a aucun point douloureux localisé ; la douleur est partout, et elle n'est nulle part » ; très vive au moment des crises, elle est modérée dans leur intervalle, et n'a pas de point de départ fixe. On note cependant une sensibilité un peu vive au niveau des deux anneaux inguinaux qu'on s'empresse d'examiner. Comme le début des accidents date de la veille, la douleur semble avoir été généralisée d'emblée à tout l'abdomen. Besnier attribue une grande importance au siège primitif de la douleur qui correspond le plus souvent à celui de l'obstacle. On devra donc en tenir compte et interroger le malade soigneusement à ce point de vue.

Le malade a des hoquets, des nausées. Les vomissements constituent également les accidents du début, ils suivent de près les phénomènes douloureux de l'abdomen, quelquefois les précèdent. Dans la deuxième observation de M. Delbet, ils surviennent deux heures après la douleur, et quelques heures après dans l'observation de M. Routier. Ils semblent même avoir été les phénomènes initiaux dans le cas de M. Mignon. Enfin, nous citerons le cas de M. Monod, où ils font totalement défaut, ce qui parait être en rapport avec l'impossibilité du reflux du contenu intestinal dans l'estomac. Dans d'autres cas comme celui de M. Reynier, ils sont peu abondants.

Les *vomissements* comme nous l'avons dit, sont d'abord alimentaires, puis bilieux, et s'ils persistent, ils restent avec ce caractère bilieux.

C'est là un élément essentiel pour le diagnostic de cette variété d'occlusion intestinale. Contrairement à ce qui se passe dans les autres modes d'occlusion, les vomissements deviennent très rarement fécaloïdes, mais on ne peut pas dire comme l'affirme Fabre, qu'ils ne le deviennent jamais. Dans le cas de M. Routier, ils étaient nettement fécaloïdes, le soir même du début, le malade rendait à chaque instant des gorgées de matières fécales.

Dans un autre cas, ils étaient constitués par des matières d'un vert porracé, avec dépôt noir ayant la couleur et l'odeur des matières stercorales; mais le lendemain ils étaient plus rares et nettement porracés. Chez le malade de M. Delore, on note les vomissements fécaloïdes.

Les vomissements sont dans les cas typiques peu abondants, pourtant dans le cas anormal de M. Kirmisson, l'enfant avait des vomissements considérables, représentant plus d'une grande cuvette de matières d'un vert porracé.

Comme la douleur, ce symptôme peut avoir des rémissions d'assez longue durée. Tout en restant bilieux, les vomissements deviennent en général plus fréquents, plus rapprochés, pour devenir plus rares dans les périodes ultimes. Comme la douleur, ils reparaissent aux moindres tentatives de déglutition, ou aux moindres efforts, voire même à l'occasion de tentatives d'exploration de l'abdomen.

*Constipation.* Elle est de règle et c'est le signe principal de l'occlusion. Alors que les vomissements bilieux sont abondants ou que ces vomissements font défaut, que les douleurs vives du début se sont diffusées à tout l'abdomen, et se sont atténuées, l'absence complète d'émission par l'anus de matières et surtout de gaz est un des signes les plus caractéristiques de l'occlusion, et ce signe a été consigné dans toutes nos observations. Un lavement, administré, permet quelquefois l'évacuation du gros intestin ; mais dans tous les cas, on a constaté l'absence complète de selles et de gaz, dès le début des accidents.

L'occlusion intestinale par torsion complète du mésentère de l'intestin grêle, survient chez des sujets habituellement constipés. Il est donc facile de comprendre pourquoi des accidents de cet ordre, d'occlusion vraie, aient été pris au début pour un état gastro-intestinal que les purgatifs ont eu à combatre ; puis la constipation rebelle survient brusquement chez un sujet bien portant, s'accompagne de phénomènes douloureux dans l'abdomen, qui, joints aux autres signes, font que le doute n'est plus possible.

La *température* reste sensiblement normale, ou subit une élévation rapide, qui ne dépasse pas 39° (cas de M. Mignon). Le pouls est seulement un peu fréquent, mais bien perceptible. Ce n'est pas l'hypothermie que tous les auteurs classiques ont notée dans les autres variétés d'occlusion intestinale.

Nous parlerons du *ballonnement* au chapitre suivant, au paragraphe « percussion et inspection ».

Devant cet ensemble clinique, et l'évolution rapide des accidents, l'intervention s'impose.

Dans nos observations, elle a été pratiquée à une époque variable.

SIGNES LOCAUX

L'*Inspection* permet généralement de constater le ballonnement du ventre. Chez le malade de M. Morestin, le ventre est ballonné, globuleux, les anses se dessinent à travers la paroi, et surtout, proéminent dans la région sous-ombilicale.

Dans le cas de M. Mignon, le ventre est distendu dans sa moitié sous-ombilicale ; on le constate même à la vue vingt-quatre heures après le début des accidents. Les muscles droits sont saillants.

Dans d'autres cas, le ballonnement est plus considérable au centre qu'à la périphérie.

Chez le malade de M. Delore, le ventre est météorisé et tendu d'une façon uniforme ; cependant le maximum de ballonnement siège autour de l'ombilic, les flancs moins distendus sont aussi moins météorisés.

D'autres auteurs n'ont pu préciser le siège du ballonnement.

Il est total et considérable dans les deux observations de M. Delbet. Dans le deuxième cas, après avoir été modéré, il s'étend aux flancs, aux fosses iliaques, à l'épigastre.

On a même l'impression que le gros intestin y participe, en même temps que l'intestin grêle.

Peut-être le ballonnement localisé au début, se généralise en quelques heures.

Dans les cas typiques, il est donc plus ou moins circonscrit autour de l'ombilic, tandis que la région occupée par le gros intestin est déprimée et souple. Le bout inférieur à l'étranglement s'affaisse et revient sur lui-même.

M. Delbet insiste beaucoup sur l'énorme distension du ventre. Dans un cas cependant (cas de M. Kirmisson), le ventre était aplati, rétracté en bateau comme dans la méningite. L'obstacle siégeait très haut à peu de distance au-dessous de l'estomac.

*Palpation et Percussion.* — La palpation et la percussion pourraient fournir des indices d'une grande valeur pour le diagnostic de l'occlusion intestinale par torsion du mésentère ; mais souvent elles ne renseignent guère, car le ventre est ou bien tendu, ou bien ballonné, et de plus, partout douloureux à la pression. Le ventre est quelquefois peu sensible, toutefois, on note de la défense musculaire.

Dans l'observation de M. Routier, la région ombilicale seule est douloureuse, le reste du ventre est indolent. La région douloureuse a comme étendue une surface comparable à la paume de la main. La pression et la palpation y exagèrent la douleur.

La percussion donne des signes assez variables. Le ventre est sonore dans toute sa partie sus-ombilicale et au niveau des flancs. On rencontre une matité hypogastrique assez étendue, très nette, et répartie de telle façon qu'on peut croire à la distension de la vessie (Morestin). Dans ce cas, la matité tient à la présence de liquide accumulé dans les anses intestinales, car il n'y a

pas d'épanchement notable dans le péritoine. Dans un autre cas on trouve une matité hydrique dans les flancs et au-dessus du pubis, alors que la région ombilicale et l'épigastre ont une sonorité tympanique (Delbet). C'est l'indice d'un épanchement libre dans le péritoine.

La matité existe dans les flancs et dans la zône hypogastrique dans le cas de M. Mignon.

M. Gangolphe, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon a démontré expérimentalement, et le fait est exposé tout au long dans la thèse de Paul Camichel soutenue à Lyon le 9 janvier 1893, qu'en opérant la constriction d'une anse intestinale par un anneau de caoutchouc, il y avait issue de liquide séro-sanguinolent, soit dans le péritoine, soit dans l'intestin, soit dans l'un ou l'autre.

La quantité de liquide est de plus, proportionnelle à la longueur de l'anse emprisonnée et à l'intensité de la constriction. Ce liquide est tout à fait exceptionnellement séreux. L'épanchement intra péritonéal n'est nullement le résultat d'une péritonite. La séreuse est tout à fait saine.

Comme celui de l'intestin, le liquide péritonéal provient de l'anse étranglée. Sa présence est dûe à la gène de la circulation de retour. Cet épanchement peut être révélé par de la matité ou de la submatité dans les parties déclives de l'abdomen.

Dans plusieurs de nos cas, la laparotomie faite en moyenne 36 heures après le début des accidents, donne issue à un ou plusieurs litres de liquide ressemblant à celui des hernies étranglées. Dans le cas de M. Mores-

tin, cependant, 24 heures après le début, il y a du liquide dans les anses d'intestin grêle, mais, il n'y a pas d'épanchement notable dans le péritoine.

La rapidité de l'épanchement doit être notée dans nos cas d'occlusion et la constatation d'une sonorité exagérée avec une matité hypogastrique devra engager le chirurgien à intervenir de bonne heure.

## PATHOGÉNIE ET MÉCANISME

Les torsions totales reconnaisent-elles pour cause première la présence de brides inflammatoires ou d'adhérences pathologiques avec les viscères abdominaux ? La cause est possible, mais non démontrée. Dans le cas de M. Routier, la malade avait eu, il y a 10 ans, une péritonite assez grave.

Un mésentère très court et très épais opposerait certainement un véritable obstacle à la torsion totale du mésentère. Il faut pour qu'elle puisse se produire un mésentère souple et long. Rokitansky a toujours constaté la longueur anormale et souvent considérable du mésentère de l'iléon. Nous avons vu l'observation de Weinrich qui nous a paru intéressante pour la longueur des mésos, ce qui permit au cæcum, au colon ascendant, et à la moitié droite du colon transverse, de s'enrouler autour d'une corde tendue qui fut reconnue pour être le mésentère. — Quelles peuvent être les causes d'allongement de ce mésentère ?

Comme dans le volvulus de l'S iliaque, on peut trouver un grand nombre de facteurs : élongation du mésentère

d'origine congénitale ou bien acquise, constipation habituelle, régime purement végétal amenant une augmentation dans la longueur de l'intestin. Faut-il faire intervenir une anomalie d'insertion du mésentère, la présence d'une vieille hernie, etc.

Dans l'observation de M. Mignon, le fait initial est une fossette duodénale congénitale qui s'est distendue peu à peu sous l'influence des poussées de l'intestin grêle, au point de former une véritable poche. Cette poche ainsi constituée a servi de point d'appui aux intestins, qui en s'y précipitant ont déplacé le mésentère, l'ont fait tourner sur lui-même en le déplaçant vers la droite.

L'allongement anormal du mésentère admis et vérifié, quelles sont maintenant les causes qui peuvent amener sa torsion totale ?

Tout d'abord, la torsion de tout le mésentère grêle est possible et facile à vérifier sur le cadavre. Il est possible d'enrouler le mésentère sur lui-même en faisant décrire à toute la masse de l'intestin grêle un mouvement de rotation de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre. On trouve, quand le mouvement a été complet, une corde transversale dans le flanc droit, corde rigide, volumineuse, de la grosseur du pouce, oblique en bas et à droite. Il suffit de détordre pour remettre les choses en place, pour replacer l'intestin dans sa position normale et faire disparaître la corde mésentérique.

Quelle est la portion du tube intestinal ainsi tordue ? Où commence-t-elle, où finit-elle ? En un mot quel est son siège et quelles sont ses limites ?

Les deux extrémités de l'intestin grêle, celle qui conti-

nue le duodénum en haut, celle qui se jette dans le cæcum en bas sont fixes.

La première anse jéjunale décrit une courbe embrassant le bord inférieur du mésentère tordu, la dernière anse décrit une courbe en sens inverse.

La longueur de la portion d'intestin enroulée peut varier. Dans les cas de MM. Delbet, Monod, Kirmisson, Morestin, c'est tout l'intestin grêle, sauf le duodénum et une petite portion de la fin de l'iléon, qui est enroulé.

Dans les observations de MM. Bérard et Delore, il s'agissait toujours de la torsion de l'iléon, une fois presqu'en totalité, quatre fois sur une longueur de 40 à 90 centimètres au voisinage du cæcum, et une fois le segment iléo-cæcal, pourvu d'un méso était tordu en masse.

M. Routier dévide environ 80 centimètres d'intestin et découvre alors un trou où l'intestin semble plonger, trou comparable à un orifice de collet herniaire. Par des tractions douces, il finit par faire sortir de ce trou environ un mètre d'intestin qui semblait se gonfler à mesure qu'il se dégageait, puis tout d'un coup, il eut la sensation d'une résistance vaincue, l'intestin reprit son aspect normal.

### SENS DE LA TORSION

Dans les observations de M. Delbet, la torsion est dextrogyre, c'est-à-dire qu'elle se fait de gauche à droite dans le sens des aiguilles d'une montre.

Dans le cas de M. Kirmisson, elle a lieu en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre, elle a été lévogyre. Dans le cas de M. Morestin, la torsion a

lieu de droite à gauche, le sens se rapportant au malade et non à l'opérateur.

Le sens des plicatures indique aussi le sens de la torsion. Chez le malade de M. Delore, la portion visible du mésentère est cannelée comme un pas de vis.

La torsion dextrogyre paraît plus fréquente que la torsion lévogyre.

Pourquoi est-elle dextrogyre dans certains cas, lévogyre dans d'autres ? Nous n'avons aucune donnée sur ce sujet. Le mésentère par suite de son allongement démesuré, figure une véritable corde, servant de pivot à la masse de l'intestin grêle, animé de ses mouvements péristaltiques.

*Mécanisme de l'occlusion*

Dans la torsion totale, grâce à la fixité de l'anse duodénale et de l'anse cæcale (dernière anse de l'iléon) toute la masse de l'intestin grêle supporte l'effet de la torsion.

M. Pierre Delbet a décrit d'une façon magistrale le mécanisme de l'occlusion. Nous ne saurions mieux faire pour être plus clair, que de lui emprunter ce qui suit : « La première anse jéjunale passe à gauche du mésentère, elle reparaît au-dessous de son bord inférieur et se place à droite du mésentère.

Elle décrit une courbe et va contourner de nouveau le bord supérieur du même mésentère. Là, elle se continue avec le paquet d'intestin grêle.

La dernière anse de l'iléon passe du côté gauche du mésentère et se porte de gauche à droite, contourne

le bord supérieur du mésentère, et vient se terminer dans le cæcum.

La torsion ne peut se produire sans que le mésentère entraîne le péritoine pariétal avec lequel il se continue. Au lieu d'une lame comprise, en un seul plan, et se continuant de chaque côté au niveau de son insertion avec le péritoine de la paroi, il tend à prendre la forme de deux cônes opposés par leur sommet. Il se produit ainsi au dépens du péritoine pariétal deux brides fortement tendues, l'une supérieure qui remonte dans la région du rein droit, l'autre inférieure qui descend sur le contour du détroit supérieur du côté droit.

La bride inférieure se continue avec le méso de l'anse cæcale. Elle aplatit par sa tension la première anse jéjunale contre la colonne vertébrale et produit ainsi un premier étranglement.

L'anse cæcale est également étranglée tant par la coudure qu'elle subit sur le bord supérieur du mésentère, que par la pression exercée sur elle par le mésentère lui-même. » D'où deuxième étranglement.

Le mésentère enroulé sur lui-même forme une corde du volume du pouce ou plus, longue de quatre pouces et épaisse d'un pouce et demi dans le cas de Rokitansky. Chez le malade de M. Routier, on a l'impression d'un corps tendu, d'une dureté ligneuse comparable à un demi-disque de bois qui aurait quinze centimètres de diamètre. Une autre fois, c'est un gros câble du volume du pouce.

En un mot, le mésentère donne la sensation d'une corde rigide, volumineuse, tendue et tordue. La recherche

du mésentère est un des temps les plus importants dans l'opération, surtout si le diagnostic n'a pas été fait avant la laparotomie.

Le mésentère étant tordu, la circulation sanguine se trouve gênée. La circulation veineuse est plus troublée que la circulation artérielle, d'où, stase considérable, altérations épithéliales et transsudation. Il y aura transsudation de liquide comme dans une hernie étranglée.

## PRONOSTIC

Le pronostic de l'occlusion intestinale par torsion du mésentère est particulièrement sombre, sa marche est très rapide, et sa durée n'excède pas, dix ou douze jours.

La mort est fatale quand l'affection est livrée à elle-même. Si l'on a trop attendu pour faire la laparotomie et l'éviscération, la mort peut survenir par gangrène de l'intestin. M. Reynier, à ce sujet, s'exprime ainsi : « les veines, dans mon cas, étaient gorgées, et par suite de la torsion, la circulation mésentérique paraissait très gênée, l'intestin couleur lie de vin et très distendu et le mésentère gorgé de sang noir faisaient craindre le sphacèle. » Il y a là un fait comparable à ce que nous voyons dans la torsion des kystes de l'ovaire, dans lesquels la circulation est gênée, plus ou moins complètement, suivant que la torsion est plus ou moins forte. Cette gêne de la circulation doit par conséquent entrer en ligne de compte dans la gravité du pronostic.

Dans plusieurs cas, on a constaté des lésions sur l'intestin. Sur la dernière portion de l'iléon, fortement comdrimée, ayant à peine un diamètre de la largeur du doigt,

les membranes étaient décolorées molles et friables. Les parois intestinales sont infiltrées, comme le mésentère, d'une exsudation plus ou moins hématique, provenant de la gêne de la circulation. Cette altération les rend très perméables aux microbes de l'intestin.

La gangrène peut se produire dans cette affection comme dans la hernie étranglée ; mais ce qui lui donne sa gravité, c'est qu'elle a lieu en pleine cavité abdominale, et que dans la torsion du mésentère, l'intestin grêle tout entier peut être en voie de sphacèle.

La gangrène peut amener une perforation de l'intestin ; dans un cas de Rokitansky, à deux pouces au-dessus de la valvule iléo cæcale, on voyait une perforation capable de donner passage à une noisette. Dans un autre cas du même auteur, on rencontre une péritonite avec adhérences existant entre les circonvolutions, et adhérences avec le mésentère lui-même.

La gravité du pronostic tient surtout, jusqu'ici au retard de l'opération, ou, si elle est faite à temps, à l'impossibilité de définir et de libérer l'obstacle, la disposition ayant échappé au chirurgien.

Presque tous les malades de Delore ont été opérés en pleine péritonite, quatre ou six jours après le début des accidents. Quatre fois, l'obstacle fut reconnu et levé. Deux fois, la torsion (totale dans un cas) méconnue pendant l'intervention, fut trouvée à l'autopsie. Ailleurs, on a reconnu un point de péritonite circonscrite autour de la corde mésentérique.

En résumé, pronostic presque fatal, l'intervention hâtive seule peut sauver le malade.

La malade de M. Routier opérée dans les 24 heures après le début des accidents, guérit. D'autres fois l'obstacle est levé, le malade ne revient pas à la vie à cause des lésions de l'intestin. C'est le cas de M. Monod, où la torsion fut reconnue au cours de l'opération ; la circulation intra-intestinale fut rétablie et l'on vit des gaz sortir par l'anus. La malade n'eut comme bénéfice de l'opération que la suppression absolue des souffrances. Elle s'éteignait le lendemain de l'opération pratiquée au sixième jour. Ce résultat fatal n'était pas fait pour surprendre. L'intestin détordu conservait sa couleur noir verdâtre, et était le siège de lésions manifestes, résultat de l'étranglement.

La séreuse à sa surface était dépolie et creusée de véritables ulcérations, les unes superficielles, les autres plus profondes, sans qu'aucune cependant fût perforante.

## DIAGNOSTIC

L'occlusion intestinale par torsion du mésentère est le plus souvent méconnue. L'occlusion en elle-même est toujours diagnostiquée par l'ensemble des phénomènes propres à tous les étranglements, quelle que soit leur nature ; mais, comme il est facile de s'en rendre compte dans nos observations, son origine n'a jamais été précisée qu'au cours de la laparotomie.

A cause de la distension de l'abdomen, quelquefois totale au moment du premier examen, on ne peut jamais localiser l'obstacle plus exactement qu'en le plaçant sur l'iléon, en tenant compte du maximum de distension péri-ombilicale.

Cependant, un certain nombre de signes joints aux phénomènes d'étranglement et à l'absence de tous les symptômes de péritonite, pourront faire supposer la torsion totale du mésentère. Les principaux signes positifs seraient selon nos observations :

La rapidité des symptômes dûs à l'occlusion. La production rapide d'un météorisme localisé avec le ballonnement dans la région ombilicale.

Comme signes fonctionnels, la douleur vive et souvent d'emblée a son maximum d'acuité.

Les vomissements sont très rarement fécaloïdes. L'épanchement plus ou moins rapide dans le péritoine ou l'intestin lui-même correspondant dans le premier cas à une matité bien nette, médiane, latérale et inférieure.

On a tenté et on a donné bien des signes pour permettre de reconnaître et de diagnostiquer le siège de l'occlusion, qu'il s'agisse d'invagination, de brides, de volvulus etc. C'est ainsi qu'on s'est appuyé sur la localisation de la douleur au début, sur la date d'apparition et la nature des vomissements précoces et non fécaloïdes quand l'obstacle siège au commencement de l'intestin grêle, précoces et fécaloïdes quand il siège à la fin ; tardifs et rapidement fécaloïdes quand il s'agit du gros intestin. L'observation contredit purement ces vues théoriques.

Toutes ces diverses occlusions, comme dit M. Peyrot, offrent entre elles de grands points de ressemblance, mais un diagnostic précis entre ces diverses occlusions aiguës n'est pas absolument nécessaire, la laparotomie étant toujours indiquée.

Après avoir énuméré les signes qui nous ont frappé le plus dans les quelques observations que nous possédons, pouvons-nous être plus heureux que les auteurs qui ont des milliers d'observations sur les cas ci-dessus. Nous ne le pensons pas, et ce serait téméraire de notre part.

Le diagnostic avec la péritonite doit être fait, et il faut y songer. Dans la péritonite, l'élévation de la tempéra-

ture est plus rapide, la pression de l'abdomen plus douloureuse, la douleur plus diffuse, plus généralisée, le météorisme moins considérable. Il y a des vomissements bilieux, et non fécaloïdes, il peut y avoir une certaine quantité de liquide dans les parties déclives, mais il n'y a jamais arrêt complet des matières et des gaz.

A l'ouverture de l'abdomen, on peut penser à la torsion du mésentère si l'on constate la vacuité du cæcum, des côlons, et de la dernière anse de l'intestin grêle. Cette dernière anse est fixe et s'engage, derrière une bride saillante qui donne la sensation d'une corde rigide volumineuse, œdémateuse. Cette corde est constituée par le mésentère enroulé sur lui-même. Tout l'intestin grêle est distendu et tend à sortir du ventre. Seules, la première anse jéjunale et la dernière anse cæcale, sont affaissées et aplaties. On a l'impression qu'elles s'engagent dans un même trou, et qu'il s'agit d'une hernie rétro-péritonéale. La traction exercée sur l'anse cæcale n'a aucun résultat, on ne peut la faire venir car on tire sur la partie étranglée. L'anse jéjunale est étranglée par le bord inférieur du mésentère. Comme elle se continue avec le duodénum qui est fixe, si on tire dans le sens de la progression des aliments dans les intestins, on n'attire rien. Si on tire en sens inverse, on attire un certain nombre d'anses, mais l'étranglement subsiste. Cette anse n'est donc pas fixée comme si elle l'était par un collet de hernie.

D'ailleurs, la détorsion du mésentère en pratiquant la rotation de tout le paquet intestinal, remet les choses en place et fait disparaître immédiatement la corde rigide

et tendue, formée par le mésentère tordu sur lui-même. En même temps, le cours des gaz se rétablit immédiatement et montre que l'obstacle a été vaincu. En plus, les vomissements cessent, des gaz sont évacués et des selles apparaissent.

Mais, à côté de la torsion totale du mésentère, il y a la torsion partielle. La torsion totale est la seule que nous ayons eu à envisager. Dans la torsion partielle les symptômes sont sensiblement différents. Le travail de Fabre nous renseigne à ce sujet. La symptomatologie de l'occlusion intestinale par torsion partielle du mésentère, dit-il, ne diffère en aucun point de la symptomatologie de l'étranglement interne. C'est le signe de Wahl, qui permet seul de faire le diagnostic quand le médecin est appelé de bonne heure. Une anse intestinale a été isolée par l'agent de l'étranglement et devient le siège d'une accumulation rapide de gaz ; elle se distend rapidement, et au début des accidents. Quand l'anse intéressée est seule distendue, la sonorité à son niveau est très marquée ; mais plus tard, toute la partie située au-dessus de l'obstacle, se distend à son tour, et le diagnostic du siège de l'étranglement devient impossible.

## TRAITEMENT

Avant d'aborder le chapitre du traitement, nous avons vu la gravité de l'affection. C'est ici qu'il nous semble bon de rappeler les expériences de Tachanoff et celles que Tixier rapporte dans sa thèse « quand le péritoine est sain, les réflexes péritonéaux n'apparaissent pas pendant les dix ou quinze premières minutes, quelle que soit l'intensité des irritations que l'on fasse subir à la séreuse. Passée, cette période, le péritoine acquiert peu à peu une irritabilité qui va sans cesse en augmentant.

Lorsque le péritoine est malade, il y a à craindre une série de réflexes qui surgissent au premier contact, et qui sont d'emblée très intenses. Ces réflexes ont été étudiés expérimentalement par Tixier.

Quand le péritoine est sain, l'éviscération peut donc être pratiquée sans danger, si le cœur est sain, toutefois il est dangereux de la prolonger, au delà de quinze minutes. Dans le cas d'occlusion qui nous occupe, plus l'éviscération se fera tôt, moins le péritoine sera lésé et moins on aura de réflexes. Ces réflexes agissent par l'in-

termédiaire du grand sympathique sur l'appareil circulatoire et sur l'appareil respiratoire. Ils varient dans leur façon d'être, dans le moment de leur apparition, dans leur intensité, suivant l'état du péritoine. Ils consistent en une chute de la pression sanguine, un ralentisssement du cœur et un affaiblissement des pulsations artérielles. Ils intéressent aussi la respiration qui devient accélérée, rapide, irrégulière, haletante, superficielle. Réflexes respiratoire et circulatoire sont indépendants. Sous l'influence des irritations péritonéales et intestinales, ces réflexes redoutables amènent un état de shock.

Dans les cas d'occlusion intestinale qui nous occupent, l'éviscération se faisant tôt, moins le péritoine sera atteint, plus nombreuses seront les chances de réussir, moins grande sera l'acuité des réflexes. Il faut donc agir tôt et agir vite.

Il est bien évident que lorsque M. Delbet, fort de sa première observation et fort des reproductions expérimentales tentées, se trouva en présence du second cas qui se présentait à lui n'hésita pas, n'eût pas ces tatonnements qui prolongent la durée de l'opération, et par suite nuisent au résultat.

Pourrait-on proposer un anus contre nature dans le cas qui nous occupe? Nous ne voyons pas du tout à quoi il pourrait servir. Dans les observations de M. Delbet, il y avait deux étranglements. Tout au plus, cet anus aurait-il pu vider l'intestin, des gaz qu'il contenait. Dans l'observation de M. Kirmisson, l'étranglement siègeant haut, l'anus n'aurait eu aucune utilité.

Seule la laparotomie suivie de l'éviscération est la seule opération qui puisse sauver le malade.

Qu'est-ce que l'éviscération ? C'est, dit Tixier que nous résumons dans ce chapitre, la sortie de l'abdomen de toute la masse intestinale. Il s'agit, bien entendu, pour nos cas, de l'éviscération momentanée ou extemporanée, procédé qui permet d'avoir en quelques secondes et instantément sous les yeux le paquet intestinal, et qui offre encore l'avantage de vérifier le diagnostic.

*Manuel opératoire.* — Nous n'insistons pas sur les recommandations propres à toute opération abdominale concernant l'antisepsie. Pour prévenir le refroidissement du malade, une température au moins de 25° est nécessaire. L'éther sera employé de préférence au chloroforme. Sur les chiens opérés par Tixier, le seul qui mourut avait été endormi au chloroforme.

L'incision sera faite la plus grande possible au-dessus et au dessous de l'ombilic, incision médiane. Plus l'incision sera grande, plus sera facile l'éviscération. Le chirurgien aura à sa portée de l'eau chaude stérilisée. L'asepsie sèche provoque une vaso-dilatation considérable et un écoulement de sérosité entre les anses intestinales, ce qui favorise dans la suite, la production d'adhérences. L'asepsie humide, recommandée par Legueu tout dernièrement, a encore comme avantage celui de prévenir l'occlusion après la laparotomie.

Après l'ouverture de la paroi on procède à l'éviscération. C'est alors qu'il faut ne pas oublier les réflexes cardiaques et pulmonaires. « L'éviscération sera faite en bloc par une seule prise : les deux mains, glissées à travers

l'ouverture abdominale, jusque dans les fosses iliaques, réuniront en paquet les anses intestinales et les jetteront en dehors comme par brassée et non par petits paquets. » Un aide les enveloppe avec des compresses humides bien soigneusement. Tout cet énorme paquet est saisi à pleines mains, soulevé pour tendre le mésentère. On procède alors à la détorsion, en lui imprimant un mouvement en sens inverse.

Après ce mouvement, le mésentère et l'intestin se retrouvent dans leur disposition normale.

L'amplitude du mouvement de détorsion sera d'autant plus grande que la torsion sera plus complète : dans nos observations, elle a été en général d'un tour à un tour et demi, la détorsion devra donc imprimer à toute la masse intestinale un mouvement de rotation de 360° ou plus.

La manœuvre terminée, il faut réintégrer. Ce n'est pas la chose la plus facile. Nous avons vu qu'une grande incision favorisait l'éviscération. C'est le contraire pour la réintégration. Aussi pour faciliter la tâche du chirurgien il peut être utile de refermer une partie de l'ouverture si, avec les méthodes que nous allons signaler, la réintégration était pénible. Rappelons encore, que c'est au moment de la réintégration qu'il faut encore éviter les manipulations brutales, point de départ de réflexes. La méthode de Sheild (on ne sait pourquoi on lui a donné ce nom car tous les chirurgiens l'ont employée avant sa description), et la méthode de Kümmel peuvent être d'un utile secours.

Dans la méthode de Sheild on passe à travers chacune des lèvres de la plaie abdominale un gros fil de soie ou de

catgut; on tire fortement à l'aide de ces fils la paroi pour la maintenir en forme de bourse. C'est un procédé employé partout.

Voici en quoi consiste la méthode de Kümmel : lorsque les anses météorisées ne veulent pas rester maintenues dans la cavité abdominale, qu'elles échappent aux doigts et que cette lutte menace de se prolonger, le chirurgien de Hambourg prend une grande serviette aseptisée, englobe la masse intestinale, puis refoule le tout dans le ventre. La serviette protège la séreuse et permet d'agir avec force sur l'intestin. Une fois la réintégration de l'intestin ainsi obtenue, pour empêcher la fuite des anses hors du ventre pendant qu'on fait la suture de l'incision, on laisse la serviette largement étalée sur la masse intestinale ; on la glisse dans quatre directions, les deux bords latéraux au-dessous des deux bords de l'incision, le bord supérieur sous l'appendice xyphoïde et le rebord costal, le bord inférieur dans le bassin.

On commence ensuite la fermeture de la plaie au niveau du sternum, et à mesure que l'incision se rétrécit, grâce aux points passés et serrés, on retire peu à peu la serviette dont on fait l'extraction complète lorsque la plaie n'a plus que quelques centimètres de longueur.

La serviette protège en outre les intestins, favorise la réintégration, évite les manifestations brutales et prolongées.

Pendant la réintégration, divers obstacles peuvent se présenter. Le météorisme est quelquefois si considérable qu'il gêne les manœuvres. Que faire? Faut-il, comme certains chirurgiens allemands l'ont proposé, ouvrir

l'intestin en plusieurs endroits ? Cette pratique est peu recommandable. Outre les risques, on transforme une opération, qui doit être courte, et nous avons vu pourquoi, en une opération longue. Pour évacuer les gaz, si le météorisme est un obstacle, il est préférable de recourir au procédé que M. le professeur Le Dentu emploie. Ponctionner les gaz au moyen d'un trocart et ensuite faire un ou deux points de suture. C'est ce que fit M. Monod, d'après son observation.

Les parois pourraient être refaites au moyen de sutures étagées. Le procédé demande de dix à quinze minutes. Le shock est encore à craindre après l'opération. Pour agir plus vite, il est préférable de faire la suture en un temps, au moyen de fils d'argent stérilisés. S'il y a quelque crainte d'infection, mettre un drain dans la plaie.

Au cours de l'éviscération, la détorsion seule a suffi dans les cas les plus simples. Dans tous les cas où l'agent d'occlusion a été reconnu, l'amendement rapide des symptômes a été constaté. Pourtant, à cause de l'imminence de la gangrène, ou en présence d'un sillon de sphacèle, pourrait-on se voir obligé de réséquer une partie de l'intestin grêle. Mais avec un intestin verdâtre, noirâtre, avec une séreuse dépolie, ulcérée (Monod), avec un mésentère gorgé de sang noir faisant craindre le sphacèle, toute thérapeutique devient impuissante.

Dans les observations que nous avons pu recueillir, l'intervention a eu lieu à des époques variables, le jour même, neuf heures après le début des accidents (Delbet), le lendemain (Morestin), au bout de 36 heures (Routier), le

2e jour (Mignon), jusqu'au 7e, 9e, 10e jour. Le danger, c'est la gangrène, la péritonite à ajouter à la résorption des toxines. Seule, l'intervention hâtive peut sauver le malade. C'est pourquoi il s'agit d'opérer tôt et d'opérer vite.

# OBSERVATIONS

## Observation I (Rokitansky).

Extrait du Medicisniche Jarbücher des Ost. Sc. XIX Band, IV. Stück. 1836 (*The British and Foreign Review*, 1837, n° 6, april).

Rokitansky Charles, professeur de pathologie à Vienne. Archives générales de médecine, t. II, p. 202, 1837.

Une femme, âgée de 71 ans, fut admise à l'hôpital au mois de décembre 1830 avec les symptômes d'une hernie étranglée. Le taxis parvint à réduire la tumeur peu de temps après son arrivée. Dix jours après elle mourut. La hernie datait de sa cinquantième année, et n'avait pas dépassé le volume d'un œuf de pigeon; cependant la malade, pendant la dernière partie de sa vie avait été sujette à des attaques répétées de constipation opiniâtre, à des coliques et des envies de vomir. A *l'autopsie*, on trouva des traces de péritonite; le mésentère plissé et complètement tordu sur lui-même, formait une espèce d'axe de quatre pouces et demi de longueur et d'un pouce et demi d'épaisseur autour duquel venait s'enrouler l'intestin grêle. A partir du duodénum, l'intestin grêle descendait vers la fosse iliaque droite et se tordant sur lui-même devant la colonne vertébrale, faisait deux circuits autour de l'axe formé par le mésentère. Celui ci, par le moyen des circonvolutions aux-

quelles il demeurait attaché, comprimait la portion d'intestin située derrière lui La dernière portion de l'iléon, fortement comprimée, avait à peine en diamètre, la largeur du doigt ; ses membranes étaient décolorées, molles et friables. Deux pouces au-dessus de la valvule iléo-cæcale, elle offrait une perforation capable de donner passage à une noisette.

Observation II (Rokitansky)

Une femme âgée de 72 ans, sujette depuis plusieurs années à de la constipation, à des douleurs et à du gonflement de l'abdomen fut admise à l'hôpital le 25 juin 1833, avec de la fièvre, de la sensibilité épigastrique de la tympanite et des nausées. Le lendemain elle eut des vomissements répétés de matières fécales ; elle mourut le 28. *A l'autopsie*, inflammation du péritoine, adhérences nombreuses. Le mésentère était fort allongé et roulé une fois et demie autour de son axe, l'iléon refoulé dans la partie supérieure de l'abdomen, tandis que toute la masse du jéjunum située sous l'iléon occupait surtout la région ombilicale gauche. L'espèce de corde formée par le mésentère comprimait contre le côté gauche de la colonne vertébrale, les deux extrémités de l'intestin grêle ; d'une part l'iléon qui, à un pied et demi de sa jonction avec le cæcum se portait de haut en bas, et vers le côté droit ; de l'autre, la portion supérieure du jéjunum qui passait sous le mésentère dans une direction opposée c'est-à-dire de bas en haut et de droite à gauche. Ces deux points étaient fortement serrés et séparés du reste du canal intestinal comme s'ils eussent été soumis à une ligature. Au même niveau, les membranes de l'intestin étaient injectées d'un rouge noirâtre et ramollies.

Observation III (Rokitansky, 5, 1839)

Il s'agit d'une femme de 72 ans, morte à la suite de douleurs intestinales et de vomissements de matières fécales. L'estomac et l'intestin grêle sont distendus pas des gaz et par un liquide

jaunâtre. Le mésentère est très allongé et contourné sur son axe de manière que l'iléon est situé dans la région supérieure du ventre et le jéjunum dans la région inférieure au-dessous de l'iléon, le paquet intestinal occupant la région gauche et moyenne de l'abdomen.

Au-dessous du cordon formé par le mésentère, on voyait la fin de l'iléon et le bout supérieur du jéjunum, les deux extrémités de l'intestin grêle se trouvaient ainsi comprimées au même endroit et séparées du reste des intestins.

Observation IV (Rokitansky, 1839)

Il s'agit d'une femme de 71 ans, idiote et bossue qui portait depuis 12 ans une hernie crurale et qui mourut des suites d'un étranglement interne. L'abdomen est très volumineux ; l'intestin grêle ayant plus de trois pouces de diamètre distendu par des gaz et par un liquide trouble, jaunâtre, infect. La membrane séreuse est couverte de larges taches rouges et d'une couche de lymphe plastique, la muqueuse est ramollie. Le gros intestin est pâle, rétracté, contenant un mucus grisâtre. La portion du mésentère qui s'attache à l'iléon très longue, plissée et roulée sur elle-même de manière à former un axe long de quatre pouces et demi et épais d'un pouce et demi autour duquel l'intestin grêle était contourné. Il résultait de cette disposition une compression considérable des parties sous-jacentes.

Observation V (Routier, chirurgien des hôpitaux, séance du 7 mai 1898)

Le 10 janvier 1890, je fus appelé d'urgence à l'hôpital Laënnec pour une femme atteinte d'obstruction intestinale ; voici son histoire.

D'une bonne santé habituelle, elle eut, à la suite de couches, il y a 10 ans, une péritonite assez grave, et resta habituellement très constipée.

Dans la nuit du 8 au 9 janvier, vers deux heures du matin,

elle fut brusquement éveillée par une douleur vive siégeant dans la région du côlon transverse.

Dès le matin du 9, elle commença à vomir, et n'eut plus, dès lors ni selles, ni gaz. Le soir, les vomissements devinrent fécaloïdes, à la suite d'un purgatif qui lui avait été administré; ils l'étaient encore quand je la vis.

Le 10 à 6 heures du soir, quand j'arrivai auprès d'elle, le facies était angoissé, les yeux un peu caves, le pouls petit, filiforme, très rapide; la température était de 37°6; la langue était humide, et à chaque instant elle avait des renvois et rendait des gorgées de matières fécaloïdes.

Le ventre était gros, sans cependant présenter un ballonnement extrême, la sonorité exagérée partout; à gauche, à la hauteur de l'ombilic, existait une région douloureuse de la largeur de la paume de la main; cette douleur était exagérée par la pression et la percussion : le reste du ventre était indolent :

Dans cette région douloureuse, je sentais à la palpation une induration qui me parut être autre chose que de la contracture musculaire. Les internes présents à mon examen ne purent arriver à percevoir cette même sensation.

Le toucher vaginal me permit seulement de sentir un gros utérus fort peu mobile, et dont la mobilisation était douloureuse.

Le toucher rectal ne m'apprit rien, sinon que les pressions exercées vers la gauche étaient douloureuses, tandis que partout ailleurs elles étaient indolentes.

En face de ces signes, je n'hésitai pas à diagnostiquer un étranglement interne, je ne dis pas une obstruction et n'ayant pas sous la main tout ce qu'il aurait fallu pour essayer un lavement électrique je procédai à la laparotomie.

Ceci se passait dans le service de mon excellent maître et ami M. le docteur Berger, ce qui me permit d'opérer sur l'heure et dans de très bonnes conditions.

A peine l'abdomen ouvert, par une courte incision sous-om-

bilicale et commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; il s'écoula une assez grande quantité de liquide louche si bien comparé par mon excellent ami M. Bouilly à du bouillon sale.

Je pus voir des anses de l'intestin grêle distendues et congestionnées tandis qu'à côté d'autres parties de ce même intestin étaient affaissées et décolorées.

Introduisant deux doigts dans la cavité, tout me parut libre, en bas et à droite ; mais à gauche je sentis un corps tendu d'une dureté ligneuse que je ne saurais mieux comparer, et pour l'aspect, et pour la forme qu'à un demi-disque de bois qui aurait eu 15 centimètres de diamètre environ.

M. Berger, entra à ce moment dans la salle d'opération, et je pus lui faire constater de visu ces diverses particularités, j'agrandis l'incision ; il fut facile avec des éponges de maintenir l'intestin dans l'abdomen ; attirant alors l'intestin distendu, et le refoulant à mesure sous la paroi abdominale vers l'hypochondre droit, je dévidai ainsi environ 80 centimètres d'intestin, jusqu'au moment où je sentis une résistance.

Attirant alors toujours avec ménagement, j'amenai vers la ligne médiane de façon à la voir, une partie de l'intestin distendu qui semblait plonger dans un trou, analogue à un collet herniaire, et dans lequel je ne pus introduire un doigt : des tractions douces me permirent de faire sortir de ce trou, environ un mètre d'intestin qui semblait se gonfler à mesure qu'il se dégageait ; puis tout d'un coup, j'eus la sensation d'une résistance vaincue ; tout le paquet intestinal sembla reprendre son aspect normal au point de vue du volume et il me fut impossible de retrouver soit la région dure dont j'ai parlé, soit ce qui formait cet anneau.

Sauf la couleur, qui était restée foncée sur certaines régions, l'intestin me paraissait reprendre sa circulation ; j'épongeai avec soin les hypochondres et le petit bassin ; je constatai le gros volume de l'utérus qui était un peu rugueux à la surface ; les annexes étaient suffisamment libres ; je refermai le ventre.

Le tout avait duré une demi heure environ.

La malade est guérie, et je l'ai revue bien portante depuis. Sa guérison fut cependant retardée par une pneumonie ou plutôt une broncho-pneumonie qu'il serait difficile de rapporter à l'influence de l'étranglement interne ou à la forte épidémie d'influenza qui régnait alors à Paris.

### Observation VI

*Torsion du mésentère consécutive à une fossette duodénale et ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë. par le docteur A. Mignon*, médecin major, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

V..., garde républicain, âgé de vingt-huit ans, d'une très belle constitution, ne comptait dans son passé pathologique qu'une crise de coliques extrêmement violentes, d'une durée d'un quart d'heure environ, et survenue au Tonkin en 1891. Avant et après, parfait état de santé : pas de troubles intestinaux.

Le samedi 7 septembre 1885, vers sept heures du soir et en pleine santé, après avoir bu quelques verres de cidre avec un camarade, V..., est subitement pris de malaise et de vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux, avec de vives douleurs dans l'abdomen. Celles-ci se continuèrent pendant toute la nuit.

Le lendemain matin, le malade est dirigé sur l'hôpital du Val-de-Grâce, avec le diagnostic de péritonite ; le médecin dans le service duquel il est envoyé, nous fait appeler en consultation à sept heures du soir, c'est-à-dire vingt quatre heures après le début des accidents. Nous trouvons V..., à demi-assis sur son lit, les yeux cernés, la paupière supérieure légèrement tombante. Les extrémités sont chaudes ; température 39° ; la respiration peu fréquente ; le pouls faible et à 150 ; le ventre est distendu dans sa moitié sous-ombilicale seulement ; et la limite de la distension est perceptible à la vue. Les muscles droits sont saillants. On dirait une forte rétention d'urine ;

Devant cet ensemble clinique, et l'évolution rapide des accidents, l'intervention s'impose.

Dans nos observations, elle a été pratiquée à une époque variable.

SIGNES LOCAUX

L'*Inspection* permet généralement de constater le ballonnement du ventre. Chez le malade de M. Morestin, le ventre est ballonné, globuleux, les anses se dessinent à travers la paroi, et surtout, proéminent dans la région sous-ombilicale.

Dans le cas de M. Mignon, le ventre est distendu dans sa moitié sous-ombilicale ; on le constate même à la vue vingt-quatre heures après le début des accidents. Les muscles droits sont saillants.

Dans d'autres cas, le ballonnement est plus considérable au centre qu'à la périphérie.

Chez le malade de M. Delore, le ventre est météorisé et tendu d'une façon uniforme ; cependant le maximum de ballonnement siège autour de l'ombilic, les flancs moins distendus sont aussi moins météorisés.

D'autres auteurs n'ont pu préciser le siège du ballonnement.

Il est total et considérable dans les deux observations de M. Delbet. Dans le deuxième cas, après avoir été modéré, il s'étend aux flancs, aux fosses iliaques, à l'épigastre.

On a même l'impression que le gros intestin y participe, en même temps que l'intestin grêle.

Peut-être le ballonnement localisé au début, se généralise en quelques heures.

tinées, très distendues, violacées et difficiles à maintenir dans la cavité abdominale. Nous commençons l'exploration intra-péritonéale par la région iléo-cæcale ; elle est normale. Mais en remontant le long du côlon ascendant, nous rencontrons, à une hauteur correspondant au niveau de l'ombilic, une corde très dure étendue transversalement de la colonne vertébrale vers le flanc droit. Elle nous semble avoir le volume du pouce ; et nous avons nettement la sensation qu'elle forme une espèce de pont au-dessous duquel des anses intestinales sont engagées aplaties et comprimées ; nous agrandissons en haut l'incision de la paroi abdominale, et nous nous attachons à dégager ces circonvolutions intestinales en les attirant à nous. Elles se laissent amener sous les yeux sans difficulté ; et nous constatons qu'au lieu d'avoir la coloration violacée des anses superficielles elles ont une teinte rose pâle, comme si la circulation y était ralentie ; de plus l'une d'elle porte une ecchymose transversale longue de 2 centimètres. Nous jugeons notre intervention terminée quand tout l'intestin nous paraît dégagé de dessous le pont fibreux ; car comment songer à sectionner une bride fibreuse plus grosse que le pouce, et d'ailleurs de quelle nature était-elle ?

Le reste de l'observation montrera combien notre prudence était en fait justifiée.

Mais pendant nos manœuvres de dégagement, plus de la moitié du paquet intestinal était sorti du ventre et avait été recueilli dans une serviette chaude.

Quand il fallut lui faire reprendre domicile, le malade qui n'était pas anesthésié et dont le pouls se relevait un peu depuis la libération de l'intestin, se raidit et ferma sa boutonnière abdominale. Force fut de donner quelques gouttes de chloroforme au blessé et d'introduire dans l'abdomen les bords libres de la serviette servant d'enveloppe à l'intestin. Après cinq minutes environ de pression continue, la serviette et les intestins se trouvèrent entrés dans l'abdomen. Un grand lavage du péritoine compléta l'opération.

A peine la légère action du chloroforme dissipée, le blessé se sentit mieux : il manifesta le besoin d'aller à la garde-robe et rendit, avant la terminaison du pansement, sous forme de jets, 200 grammes environ d'un liquide séreux dans lequel flottaient des débris alimentaires : preuve que l'étranglement avait été levé. Mais l'adynamie cardiaque continua ; et V..., mourut à deux heures de l'après midi sans souffrance avec sa pleine intelligence et par syncope, soit cinq heures après l'opération.

L'autopsie fut faite le lendemain ; et c'est surtout son résultat qui fait l'intérêt de cette observation. Les sutures de la paroi abdominale avaient bien tenu ; la cavité péritonéale renfermait une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Les anses intestinales étaient distendues et violacées ; et la distension s'était généralisée à toute la longueur de l'intestin grêle. En remontant le long du côlon ascendant, nous retrouvons dans le flanc droit la corde transversale que nous avions sentie pendant la vie.

Elle a conservé la même dureté et la même tension, mais au-dessous d'elle nous ne sentons plus aucune anse intestinale : celles que nous avons dégagées sont restées libres.

Quelle pouvait être l'origine de cette corde ?

Si nous nous contentions de séparer les unes des autres les circonvolutions de l'intestin grêle et de chercher à nous rendre compte de l'état des parties profondes, nous ne voyions rien. Nous eûmes alors l'idée de fendre transversalement le côté droit de la paroi abdominale et de rejeter tout le paquet intestinal à droite, en dehors de la cavité du péritoine. Nous devions ainsi découvrir la face gauche du mésentère ; mais au lieu d'un mésentère normal, voici ce que nous remarquons. Le mésentère est enroulé sur lui-même. Il représente un gros câble du volume du pouce. Il est évident que sa portion inférieure s'est relevée et s'est enroulée de gauche à droite sur son repli supérieur. La corde n'est pas tout à fait transversale, ainsi que nous l'avions pensé pendant l'opération ; elle est oblique en

bas et à droite. Elle commence vers l'angle duodéno-jéjunal et le point d'enroulement se trouve à 13 centimètres environ de l'attache vertébrale. On voit encore une anse intestinale passant comme un fer à cheval au-dessus de la corde mésentérique.

Le processus de l'enroulement du mésentère une fois admis, il fut facile de procéder à sa détorsion et de rétablir ses rapports physiologiques. Nous avons, à cet effet, enveloppé toute la masse intestinale dans une serviette et nous lui avons imprimé un mouvement de rotation de droite à gauche, c'est-à-dire en sens inverse de celui que nous supposions avoir produit l'enroulement mésentérique. Alors, la corde de disparaître et le mésentère de reprendre sa position physiologique ; seulement au lieu d'être souple comme à l'état normal et d'avoir sa coloration habituelle, il est épaissi, dur, œdémateux, rouge noirâtre ; les veines sont très dilatées et en partie thrombosées. Nous enlevons alors tout l'intestin grêle, suivant le procédé employé dans les autopsies, et fait nouveau, nous trouvons sur la face gauche du mésentère un vice de conformation remarquable. Il y a là un repli péritonéal dont la disposition ne peut être mieux comparée qu'à un nid d'hirondelle ou, si l'on veut, une valvule sigmoïde de l'aorte, appliquée sur la face mésentérique. Cette espèce de nid admet la totalité du poing. Il s'attache en haut par un seul pilier au niveau de l'angle duodéno- jéjunal ; son insertion inférieure se fait à 10 centimètres plus bas et par deux petits replis. La profondeur et la largeur de cette poche sont de huit centimètres.

Le fond touche la colonne vertébrale. Sa bordure arrondie, mousse, lisse, ne contient aucun gros vaisseau et est constituée par l'adossement des deux feuillets séreux. L'ouverture de cette poche quand on redressait et qu'on tendait verticalement le mésentère regardait en haut ; mais quand le mésentère occupait dans la cavité abdominale sa situation normale, elle devait être dirigée en bas et à gauche.

Observation V (*Bulletin de la société de chirurgie* 22 juin 1898).

Nous citons la première observation de M. Reynier : « Une malade, entrée dans ma salle à l'hôpital Tenon, fut opérée par mon assistant et ami, M. le docteur Isch Wall, avec l'aide de mes internes d'alors MM. Danseux et Houzé. Il fit une laparotomie pour des symptômes d'occlusion et trouva une torsion du mésentère qu'il détruisit après avoir été obligé de retirer toute la masse intestinale hors du ventre pour opérer cette détorsion. La malade opérée tardivement, mourut. »

Observation VI (*Reynier Bull. Soc. Chir.* 22 juin 1898).

En 1896 M. Reynier observait le deuxième cas de torsion du mésentère à Lariboisière. Il s'agissait, dans ce cas d'une femme de cinquante ans, qu'on amena dans mon service, quatre jours après le début des accidents : cette femme à son entrée, avait un ballonnement du ventre modéré, peu de vomissements, et je crus tout d'abord à une occlusion par néoplasme devant siéger sur le gros intestin : je perdis du temps à faire donner des lavements électriques, à mettre de la glace sur le ventre ; mais l'état général s'aggravant et le ballonnement augmentant, j'opérai vers le 7e jour avec l'aide du docteur Isch Wall ; le ventre étant ouvert, je trouvai un aplatissement du gros intestin, les anses intestinales distendues et, en allant à la recherche de la cause de l'obstruction, je sentis dans la fosse iliaque du côté droit, une bride sous laquelle s'engageait toute la masse intestinale. Je crus, comme dans le cas de M Delbet, à une hernie rétropéritonéale, et c'est, en amenant à moi cette bride que je reconnus la torsion du mésentère qui se faisait de droite à gauche. Il fallut sortir toute la masse de l'instestin grêle du ventre pour arriver à faire la détorsion, les intestins étant pris dans une serviette. J'insiste sur ces manœuvres nécessaires auxquelles M. Delbet a dû aussi avoir recours, et qui aggravent évidemment le pronostic opératoire.

Je ferai également remarquer que, dans mon cas, les veines

étaient gorgées de sang noir et que, dans cette torsion, la circulation mésentérique paraissait très gênée ; l'intestin très distendu et couleur lie de vin, et le mésentère gorgé de sang noir faisaient craindre le sphacèle. Cette gêne de la circulation doit entrer en ligne de compte dans la gravité du pronostic.

Observation VIII (Kirmisson, 22 juin 1898)

L'enfant C... (Marcel), âgé de sept ans et demi, est envoyé le 11 mars dernier, dans mon service à l'hôpital Trousseau, comme atteint d'occlusion intestinale. Les antécédents héréditaires de cet enfant sont nuls ; quant à ses antécédents personnels, il a eu autrefois la rougeole et la coqueluche ; il jouit d'une bonne santé habituelle. Cependant, l'enfant ayant un très fort appétit mange beaucoup et gloutonnement, avalant les morceaux sans les mâcher. Il en résulte des troubles gastro-intestinaux passagers et une constipation habituelle.

Il y a dix jours, le 2 mars 1898, le malade, constipé depuis quelques jours, se plaint de quelques douleurs et de quelques vomissements alimentaires. Deux purgatifs restent sans effet : cependant l'état gastro-intestinal se calme et l'enfant va à la selle.

Le 10 mars les douleurs et les vomissements recommencent ; le jeune malade est constipé.

Le 11 mars, les douleurs sont beaucoup plus vives, comparées par les personnes qui approchent l'enfant aux coliques de miserere. Dans la journée, il y a du subdélirium ; la constipation est complète. L'enfant, malgré une médication énergique (deux lavements simples, cinq suppositoires, un lavement au jaune d'œuf) ne va pas à la selle et ne rend pas de gaz. Jusqu'à dix heures du soir le médecin qui le soigne pense à une affection médicale. Mais à ce moment, l'enfant a un vomissement considérable représentant plus d'une grande cuvette de matières ; celles-ci sont d'un vert porracé avec dépôt noir qui, examiné par le médecin traitant, a la couleur et l'odeur de matières fécales. En présence de ces constatations, on envoie aussitôt le

malade à l'hôpital Trousseau. Il entre, salle Denonvilliers, dans la nuit du 11 au 12 mars à 3 heures du matin.

Le 12 mars, je le vois à la visite du matin : il n'a pas de fièvre. Il continue à présenter des vomissements porracés ; il ne rend ni gaz, ni matières par l'anus. Le ventre n'est nullement ballonné; il est plat au contraire, uniformément douloureux. Le pouls est régulier, bien frappé. Rien dans l'état général de l'enfant, ne paraît commander une intervention immédiate. Je me contente de prescrire de l'opium à l'intérieur, en alimentant l'enfant avec quelques cuillerées de lait.

Quand je le revois, le dimanche matin 13 mars, son état s'est en apparence amélioré. L'enfant est plus calme les vomissements sont devenus beaucoup plus rares. Le ventre est rétracté, en bateau à tel point que nous nous demandons si nous n'avons pas affaire à quelque forme anormale de méningite.

Toutefois, l'enfant n'a rendu ni gaz, ni matières, le toucher rectal ne me fournit aucun renseignement.

Je fais administrer devant moi un lavement qui ramène une quantité très notable de matières fécales.

Toutefois, le diagnostic n'était pas, par cela seul, éclairé, les matières pouvant provenir du gros intestin au-dessous de l'obstacle; l'événement l'a bien démontré.

En effet, le lundi matin 14 mars, quand je reviens près de l'enfant, je constate que sa situation s'est beaucoup aggravée. Depuis la veille, à midi, les vomissements sont redevenus beaucoup plus abondants; la nuit a été très agitée. Le matin, les traits sont tirés, le facies est nettement péritonéal, le pouls est petit, mou, filant sous le doigt ; l'enfant n'a toujours rendu ni gaz, ni matières; le ventre est absolument rétracté en bateau. Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale s'impose. Je fais immédiatement porter l'enfant dans la salle d'opérations.

Après chloroformisation, je fais sur la ligne médiane une laparotomie. Une incision de 12 centimètres environ est pratiquée, un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous de l'ombilic. On tombe sur l'épiploon qu'on écarte facilement, en

le refoulant en haut et à gauche. L'intestin grêle est rétracté ; on le dévide, à deux reprises différentes, depuis le cæcum qui est rempli de matières jusqu'au duodénum, ou du moins jusqu'à un point qui, vu sa fixité et ses rapports, est pris pour la première partie de l'intestin grêle, sans rien trouver d'anormal. Toutefois, deux particularités me frappèrent au cours de l'opération ; c'est d'abord la distension de la veine mésaraïque inférieure, dont je ne m'expliquais pas le mécanisme ; ensuite, c'est l'existence d'une bride saillante ou plutôt d'un repli mésentérique croisant cette partie de l'intestin, que je croyais être le duodénum. En présence de cette disposition, j'eus un instant l'intuition qu'il s'agissait d'une torsion complète du mésentère ; malheureusement, je ne poursuivis pas mon idée ; mes élèves m'insinuèrent que ce repli mésentérique que je voyais, n'était autre chose que le muscle de Treitz. Bref, je refermai le ventre, mécontent de mon opération, et me doutant bien que j'avais affaire à quelque disposition spéciale qui m'avait échappée.

En effet, replacé dans son lit, l'enfant continua à vomir ; il eut immédiatement après l'opération, une crise nerveuve violente, marquée par des cris et des vomissements. A 5 heures du soir il tomba dans un grand abattement, la température s'éleva subitement à 40°8 et, à 6 heures le malade succombait.

L'autopsie, faite le 16 mars par mon chef de laboratoire, M. le Dr Kuss, vint nous donner la clef des accidents : à l'incision de l'abdomen, on constate que le péritoine est absolument sain ; il ne renferme pas d'exsudat, ne présente pas de trace d'inflammation, sauf au niveau de la suture, qui, est le siège d'une vascularisation légère. L'intestin en masse est complètement rétracté ; le foie n'est pas gros, le cæcum renferme quelques matières, l'appendice est intact. Tout d'abord, il semble, à l'autopsie, comme il avait semblé pendant l'opération que l'intestin présente la disposition normale, et l'on ne s'explique pas la pathogénie des accidents.

C'est seulement après une large ouverture, allant de la

poignée du sternum à la symphyse, et après ablation du plastron thoracique, que l'intestin peut être examiné en détail. En essayant de dérouler ses anses, on est arrêté, au niveau de l'angle duodéno-jéjunal par un obstacle. Le paquet intestinal étant déjeté en haut et à droite, on reconnaît que l'obstacle provient d'une torsion complète du mésentère autour de son insertion. Cette torsion complète de gauche à droite disparaît par un mouvement en sens inverse dans lequel on fait décrire à la masse intestinale une circonférence tout entière, soit 360°.

Le duodénum très distendu, puisqu'il se trouve au-dessus du point de torsion, embrasse en boucle le côlon ascendant, et, de ce fait aplatit complètement son calibre. Il va se continuer avec le jéjunum qui passe également au-dessous du côlon. Juste au-dessous du duodénum la disposition des parties figure donc une croix dont la branche verticale, qui passe en avant, est représentée par le côlon, et la branche horizontale par le jéjunum.

Des sondes flexibles introduites dans les diverses anses confirment ces dispositions. Il existe une dilatation énorme des veines mésaraïques.

Observation XIX (M. Monod. 1er avril 1893).

J'étais appelé aux environs de Paris, le 1er avril 1893, auprès d'une jeune fille de quinze ans, atteinte depuis cinq jours d'obstruction intestinale. On ne s'était pas tout d'abord inquiété de son état : la constipation étant chez elle habituelle, on supposa qu'il ne s'agissait que d'une crise passagère dont les purgatifs triompheraient. Ceux-ci furent donnés avec persévérance, mais sans succès. Comme de plus, le ventre commençait à se distendre, on songea à une intervention plus active.

Lorsque je vis la malade le 1er avril, dans la matinée du sixième jour après le début des accidents, le ballonnement du ventre était notable., mais présentait ce caractère particulier d'être plus considérable au centre qu'à la périphérie ; l'impres-

sion était que l'intestin grêle était distendu, tandis que le gros intestin ne l'était que peu ou point.

Aucun gaz n'était rendu par l'anus, mais la malade ne vomissait pas. Le facies n'était pas péritonique ; le pouls un peu fréquent, mais bon, la température s'élevait à 38°.

La malade se plaignait surtout de vives souffrances siégeant dans la région des reins. Ce n'était pas les coliques du miserere mais une douleur contusive, violente, à la partie inférieure du dos.

Diverses circonstances, firent que je ne pus agir de suite. L'opération n'eut lieu que dans la soirée du même jour.

Le ballonnement avait augmenté ; le pouls était plus fréquent la température montait à 39 degrés. Il n'y avait toujours pas de vomissements. Les douleurs restaient très vives.

Je fis, sur la malade endormie, une incision médiane, sous ombilicale. La section du péritoine fut délicate, en raison de l'extrême distension de l'intestin appliqué contre la paroi abdominale, sans aucune interposition de liquide.

Le ventre ouvert, l'intestin se présenta sous forme d'une énorme masse arrondie, tendue à se rompre, d'un noir verdâtre, qui, au premier abord, aurait pu être prise pour une poche kystique. Mais la sonorité de cette masse à la percussion, l'existence d'autres anses intestinales voisines plongeant dans le petit bassin, montrèrent vite à quoi l'on avait affaire.

Agrandissant l'incision, faite d'abord un peu courte, et laissant sortir une partie des anses distendues, je me mis à la recherche de l'obstacle, bride ou tumeur, cause de l'étranglement.

Cette exploration resta négative. Une assez notable quantité de liquide sortit du ventre pendant ces manœuvres. En même temps, les anses intestinales s'échappaient au dehors, de plus en plus nombreuses. Elles sont difficiles à contenir, et tellement tendues, qu'on craint de les voir se rompre. Leur volume entrave les recherches ; pour rendre celles-ci possibles, il faut absolument obtenir l'affaissement de l'intestin. J'y parvins à

l'aide d'une ponction qui donna issue à une grande quantité de gaz sans liquide.

La masse diminua aussitôt considérablement de volume. Je pus alors me rendre compte de deux faits : le premier, que l'intestion grêle était seul distendu ; le second qu'il était tordu sur son insertion mésentérique, et que cette torsion devait très vraisemblablement être la cause de l'obstacle apporté à la progression des matières. La torsion me parut s'être faite de gauche à droite, dans les sens des aiguilles d'une montre. Imprimant au paquet que j'avais en main un mouvement en sens inverse, il me sembla que le mésentère reprenait sa direction normale.

J'aperçus à ce moment à la partie supérieure du ventre une petite portion d'intestin grêle, rouge affaissée, seule partie qui eût échappé à la distension générale et qui devait, d'après ce qu'a observé M. Delbet, correspondre au jéjunum. Je ne retrouve rien dans mes notes sur l'état de l'intestin au niveau de son abouchement dans le cæcum. Aussi, ne puis-je affirmer que la torsion portait sur la totalité de l'intestin grêle ; mais je crois qu'on peut considérer la chose comme probable.

Je ne me faisais aucune illusion sur le résultat final. Non seulement, en effet, l'intestin détordu conservait sa couleur noir verdâtre, mais il était en outre le siège de lésions manifestes, résultat d'un étranglement qui dura, je le rappelle, de cinq à six jours, la séreuse à sa surface, n'était pas seulement dépolie, mais creusée de véritables ulcérations, les unes superficielles, les autres plus profondes, sans qu'aucune cependant fût perforante.

La jeune malade s'éteignait le lendemain à midi. Le seul bénéfice tiré de l'opération fut la suppression absolue des souffrances, et par suite une sorte de bien être contrastant avec l'agitation douloureuse de la veille. J'ajoute que la circulation intra-intestinale s'était immédiatement rétablie ; des gaz étaient sortis par l'anus : preuve que l'obstacle résidait bien dans la torsion qui avait été constatée et que cet obstacle avait été levé.

Observation *de M. Morestin 22 mars 1900.* (Inédite)

J'étais appelé le 22 mars 1900 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Blum, salle Velpeau, lit n° 44, pour un homme âgé de 55 ans pris depuis la veille d'accidents d'occlusion intestinale très aigus. Cet homme, après déjeuner allant à son travail jusque là d'une bonne santé, ressent une douleur vive dans le ventre; il est obligé de rentrer chez lui et se met à vomir. Depuis il est en proie à de violentes douleurs survenant par crises et à des vomissements répétés de plus en plus fréquents il n'a eu ni selles, ni gaz depuis le début des accidents.

Les vomissements ont été d'abord alimentaires, puis bilieux. Ils présentent encore le caractère exclusivement bilieux au moment où j'examine le malade. Ils n'ont pas d'odeur fécaloïde.

Le facies est médiocre, pâle, les traits tirés, les deux yeux cernés ; l'état général n'est pas trop mauvais. Le pauvre malade raconte assez clairement les circonstances du début, la température est normale, le pouls est à 110. Le ventre est ballonné, globuleux, et les anses intestinales se dessinent à travers la paroi amincie. Il est surtout proéminent dans la région sous-ombilicale. Il n'y a aucun point douloureux localisé, la douleur est partout et elle n'est nulle part, très vive au moment des crises, elle est modérée dans leur intervalle et n'a pas de point de départ fixe.

Le ventre est sonore dans toute la partie sus-ombilicale et au niveau des flancs ; mais il existe une matité hypogastrique assez étendue, très nettement répartie de telle façon qu'on pourrait croire à la vessie distendue. Il n'en est rien cependant, car le cathétérisme de la vessie ne ramène que quelques gouttes d'urine. Il y a une anurie presque complète ; le malade n'a pas uriné depuis la veille.

La pression n'est douloureuse en aucun point.

On note cependant une sensibilité un peu plus vive au niveau des deux anneaux inguinaux ; cependant, l'exploration ne révèle rien d'anormal de ce côté. Le diagnostic d'occlusion ne

fait point de doute et même il paraît probable que l'occlusion siège très haut sur l'intestin en raison de l'acuité des accidents, nous pensons qu'il s'agit d'une occlusion par bride ou par torsion.

La laparotomie est immédiatement pratiquée, une incision de 15 centimètres à cheval sur l'ombilic est pratiquée sur la ligne médiane ; des anses très distendues énormes se montrent immédiatement dans la plaie ; pour m'orienter, je cherche le cæcum. Il est difficile à trouver tant il est aplati et flasque, il est vide, revenu sur lui même et présente l'apparence d'une loque informe. L'intestin qui y aboutit est également vide et très aplati. Je suis la dernière anse de l'iléon à partir du cæcum, et je la vois se dirigeant en dedans, puis, contournant le bord inférieur du mésentère pour remonter à gauche. Soupçonnant une torsion du mésentère, je pratique immédiatement l'éviscération, il n'y a plus de doute : C'est une torsion du mésentère qui s'est faite de gauche à droite. Tout l'intestin grêle est aussi distendu, sauf le duodénum et la dernière anse qui entoure comme d'un lien le mésentère tout entier. La détorsion est rapidement effectuée en faisant évoluer de la droite vers la gauche le mésentère et tout le paquet intestinal. La circulation des gaz est immédiatement rétablie, et on voit les gaz distendre instantanément le cæcum. Les anses sont réintégrées dans la cavité abdominale, sans trop de peine grâce au procédé de la compresse et la paroi abdominale fermée. Le pouls a baissé pendant l'intervention. On fait une injection d'un litre de sérum dans une veine du bras. Le pouls devient meilleur. L opéré se réveille et prononce quelques paroles, d'ailleurs peu aimables. La matité tenait exclusivement à du liquide accumulé dans les anses, car il n'y avait pas d'épanchement péritonéal notable. La mort est survenue six heures après.

Observation I de M. Delbet

*Bulletin de la Société de Chirurgie, 15 juin 1898.*

C'est une femme chez qui les accidents d'étranglement interne remontaient à neuf jours. Elle était dans un état de faiblesse extrême et le ballonnement du ventre était si considérable, que je recherchai immédiatement l'S iliaque pensant la trouver distendue. Mais elle était flasque et aplatie, de même que le cæcum.

L'obstacle siégeait donc sur l'intestin grêle. La dernière anse grêle était vide, peu mobile ce qui la rendait difficile à suivre ; en la remontant de bas en haut, on la voyait s'incurver brusquement, disparaître derrière une lame péritonéale très tendue terminée par un bord saillant, sur laquelle l'anse s'incurvait de droite à gauche et de haut en bas. On avait l'impression, en la suivant avec l'index, de pénétrer dans une cavité, ce qui me fit penser à une hernie rétro-péritonéale. En relevant le paquet des anses grêles distendues, je vis qu'à côté de la dernière anse aplatie, une autre anse, celle-là distendue s'engageait aussi derrière le bord tranchant de la lame péritonéale, circonstance bien faite pour faire admettre l'existence d'une hernie rétro péritonéale. On avait, en effet, un bord péritonéal tranchant, limitant un orifice dans lequel s'engageaient deux anses intestinales, l'une distendue, l'autre aplatie. Des tractions pour réduire la hernie, exercées sur le bout supérieur distendu, en amenèrent une certaine longueur, mais sans rien changer aux apparences.

Au contraire, des tractions exercées sur l'anse inférieure aplatie, restèrent sans effet. Cependant, le doigt introduit derrière la bride, montrait qu'il n'y avait pas de collet, et l'étranglement paraissait dû plutôt à une coudure qu'à une striction.

Je ne pouvais comprendre quelle cause s'opposait à la réduction. L'anse paraissait fixée dans la profondeur. Comme l'af-

faiblissement du malade ne permettait pas de longs tâtonnements, comme il ne semblait y avoir qu'une seule anse dans la hernie et que l'absence de striction paraissait mettre à l'abri de la gangrène, je fis une entéro-anastomose entre l'anse aplatie et l'anse distendue. Le malade succomba quelques heures après.

A l'autopsie, on constata que l'anastomose unissait les deux anses extrêmes de l'intestin grêle, la première anse jéjunale avec la dernière anse de l'iléon ou anse cæcale, pour simplifier le langage. Je savais bien que l'une des anses était l'anse cæcale, mais je fus profondément surpris de constater que l'autre était la première anse jéjunale.

Il devenait certain qu'il ne s'agissait pas d'une hernie rétro-péritonéale. On finit par constater que la lésion consistait en une torsion de la totalité de l'intestin grêle, torsion d'un peu plus d'un quart de tour dans le sens des aiguilles d'une montre ; il était facile de remettre les choses en place par un mouvement de torsion en sens inverse.

### Observation II de M. Delbet

*Bulletin de la Société de Chirurgie, 15 juin 1898.*

X..., 69 ans. Bronchite chronique depuis l'âge de 26 ans ; n'a jamais souffert du tube digestif. Entre le 8 janvier à l'Hôtel-Dieu dans le service de Vaquez, pour une poussée de bronchite aiguë.

Le 30 janvier, à midi, brusquement, douleur abdominale violente, surtout dans la fosse iliaque et le flanc droits. Puis des vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite. Ballonnement du ventre. Légère rémission pendant une heure. Quatre heures après le début des accidents, la douleur s'exaspère ; les vomissements, tout en restant bilieux, deviennent plus fréquents A 9 heures du soir, il est transporté dans le service de M. Polaillon où je le vois. Son état est le suivant : T. 37°4, pouls à 100.

Ballonnement considérable s'étendant à tout l'abdomen, fosses iliaques, flancs, épigastre. J'ai l'impression que le gros intestin y participe en même temps que l'intestin grêle. Matité hydrique dans les flancs et au-dessus du pubis ; mais pas de signes de péritonite. Je fais immédiatement la laparotomie ; incision médiane entre l'ombilic et le pubis. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'une grande quantité de liquide ayant la couleur de celui qu'on trouve dans les hernies étranglées. Les anses grêles distendues, d'un rouge foncé, se précipitent, et leur pression est telle qu'il est presque impossible d'introduire la main dans l'abdomen. J'agrandis l'incision jusqu'à trois centimètres au-dessus de l'ombilic, et je laisse sortir quelques anses qui sont recueillies entre deux compresses chaudes. Je puis alors introduire la main droite dans le péritoine, et, convaincu que l'obstacle siège très bas je vais d'abord à la recherche de l'S iliaque. Celle-ci est vide et complètement aplatie. Je me dirige alors sur le cæcum, qui est également vide.

Je cherche à saisir la dernière anse grêle, l'anse cæcale ; mais elle est immobile, collée contre la paroi postérieure de l'abdomen, si bien que je ne puis ni l'amener, ni la suivre. Je laisse alors sortir de nouvelles anses intestinales qui sont recueillies comme les premières, et inclinées sur le côté gauche de l'abdomen. L'examen par la vue est alors possible, et je trouve la disposition que j'ai décrite. L'anse cæcale, aplatie, tordue, s'engage en se courbant sous un repli péritonéal en même temps qu'une autre anse grêle, rouge et fortement distendue. L'anse cæcale, tiraillée entre le cæcum, d'une part, et le repli péritonéal, de l'autre, est immobile, aplatie contre la paroi postérieure de l'abdomen ; l'autre anse qui ne peut être, comme nous le verrons, que la première anse jéjunale, est mobile par sa partie moyenne. L'extrémité qui s'engage en même temps que l'anse cæcale, derrière le repli péritonéal, peut être facilement mobilisée ; son autre extrémité, au contraire, qui pénètre sous un autre repli du péritoine, est fixe

Entre les deux extrémités de cette anse distendue, le mésentère apparaît visiblement tordu.

J'étais sûr, ces constatations faites, qu'il s'agissait d'une torsion de la totalité de l'intestin grêle. Aussi, je fis immédiatement l'éviscération totale. Tout l'énorme paquet formé par l'intestin grêle distendu, fut enveloppé de compresses chaudes, saisi à pleines mains, soulevé pour tendre le mésentère, et alors je procédai à la détorsion en lui imprimant un mouvement de rotation de haut en bas, et de gauche à droite. Lorsque je lui eus fait exécuter ainsi un tour et quart, le mésentère et l'intestin se trouvèrent dans leurs dispositions normales. Je réintégrai l'intestin grêle, et je fis les sutures.

Le malade rendit des gaz immédiatement ; il alla spontanément à la selle le lendemain. L'état général était excellent : la température à 36°8, le pouls à 90, le ventre souple et indolent. Mais deux jours après l'opération on constate un foyer de broncho-pneumonie au sommet droit ; je rappelle que le malade était en traitement pour une bronchite aiguë. Trois jours après : épanchement pleurétique à la base gauche. Enfin onze jours après l'opération, mort sans qu'il y ait eu aucun accident péritonéal.

A l'autopsie, on constate que l'épiploon et une anse intestinale adhèrent à la cicatrice sans bride, ni rétrécissement. La lumière de cette anse est parfaitement libre. L'intestin est complètement déroulé. Pas d'épanchement dans le péritoine. Epanchement séro-fibrineux de 500 grammes dans la plèvre gauche. Foyers de broncho-pneumonie dans toute la hauteur des deux poumons. Cet homme est donc mort par ses poumons, guéri et bien guéri de ses accidents intestinaux.

Observation II (*Congrès de Chirurgie* 1899)

*Occlusion intestinale aiguë par torsion du mésentère de l'iléon presque en entier* (*Delore*).

H.... cinquante huit ans. Sans antécédents pathologiques en relation apparente avec l'affection qui nécessite son entrée à

l'hôpital. Ne présente aucune affection abdominale en voie d'évolution, ou récemment guérie : pas de hernie, pas d'amaigrissement appréciable durant les derniers mois. Pourtant en fixant les souvenirs de ce malade sur ce point particulier, il reconnaît avoir eu déjà, il y a quelques années, une certaine gêne pour aller à la selle, avec une constipation presque absolue, qui aurait duré une huitaine de jours.

En mars 1899, il est reçu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Poncet, pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë qui remontent à 3 jours. Le début n'a pas été subit ; depuis quelques temps déjà les selles s'étaient espacées et le ventre était devenu sensible. Mais c'est brusquement ; il y a 3 jours, qu'un point douloureux fixe, de plus en plus marqué, l'a empêché de continuer son travail, pourtant peu pénible, d'ouvrier sur bois. En même temps, l'évacuation des selles et des gaz était définitivement arrêtée, et des vomissements alimentaires, puis bilieux, noirs, fécaloïdes assez abondants, complétaient ce tableau de l'obstruction.

A l'examen, on constate que le ventre est météorisé et tendu d'une façon uniforme ; pourtant le maximum de ballonnement siège autour de l'ombilic ; les flancs moins distendus, sont aussi moins météorisés. Pas de clapotement cæcal. Légère submatité dans les poinis déclives. Au toucher rectal, le cul de-sac de Douglas est trouvé un peu douloureux, il bombe notablement vers le périnée.

Par aucun des moyens d'exploration, on n'arrive à délimiter le siège de l'obstacle au cours des matières. Toutefois, la douleur fixe périombilicale fait présumer qu'il se trouve vers la terminaison de l'intestin grêle.

L'état général est peu satisfaisant ; le malade a le facies vultueux, congestionné, un peu asphyxique, les yeux excavés. La langue, étalée sèche vers la pointe lui paraît rugueuse et gênante pour la déglutition.

Dyspnée modérée; malgré la distension des anses, le diaphragme a conservé à peu près son jeu normal dans la respira-

tion. Pouls à 104, Quantité des urines notablement diminuée.

Une intervention d'urgence n'ayant pas été acceptée le soir même de l'entrée, nous faisons administrer quelques lavements glycérinés qui ne ramènent ni gaz ni matières. Injection de morphine et glace sur le ventre pour la nuit.

Le lendemain matin, les phénomènes constatés la veille se sont encore accentués ; les vomissements, plus fréquents, ont une odeur fécaloïde, tout en restant de couleur bilieuse.

La distension abdominale est plus prononcée, la douleur profonde plus continue. Le facies s'est plombé et le pouls, de tension faible, bat 120 à la minute. Peu d'urine pendant la nuit. T. le soir 38°6 et le matin 38°3.

Nous décidons d'opérer sans plus tarder. Anesthésie légère au mélange de Bilbroth, et laparotomie médiane sur le lit de Trendelenburg en position déclive. A l'ouverture du péritoine s'écoule une certaine quantité de sérosité louche, et un paquet d'anses grêles, distendues, congestionnées, se présente dans la plaie. Elles semblent fixées profondément ; et néanmoins on peut le refouler vers la gauche suffisamment pour explorer le cæcum qui est vide, aplati, quoique recouvert, comme les anses déjà explorées, par des fausses membranes de péritonite récente. Il n'est pas possible de dévider l'iléon à partir du cæcum, à cause d'un obstacle profond et invisible encore. Il ne s'agit pas pourtant de hernie rétrocæcale ou rétrosigmoïde. En cherchant à supprimer cet obstacle, on détruit quelques brides grêles dont, l'une plus résistante, semblait un des éléments principaux d'obstruction. Pourtant à son niveau, le calibre de l'intestin n'était pas brusquement modifié. Après cette manœuvre, il persiste toujours des adhérences profondes inaccessibles, malgré qu'on ait fait une longue incision de la paroi. Comme on ne voit aucun collet de hernie interne, après la destruction de cette bride, et que toutes les anses visibles ont le même aspect, il ne semble pas utile de faire un anus contre nature sur l'une d'elles. Comme le pouls a beaucoup faibli, la plaie est rapidement fermée par un seul plan de sutures à points séparés.

La journée se passe sans nouvel incident ; pendant quelques heures, les vomissements se sont arrêtés, et à la suite d'une injection de sérum artificiel (500 gr.) l'opéré semble se remonter un peu, mais dans la nuit il recommence à vomir des matières plutôt bilieuses que fécaloïdes, il n'évacue ni gaz, ni matières, et il succombe le lendemain dans la soirée.

L'autopsie est pratiquée au bout de 24 heures. La péritonite, constatée déjà au moment de l'opération est étendue à toute la séreuse. Les anses grêles les premières saisies sont livides et ne peuvent pas toujours être attirées au dehors.

Il faut prolonger la section de la paroi abdominale de l'appendice xyphoïde au pubis et d'un flanc à l autre pour reconnaître l'origine première des lésions. On voit alors que l'iléon presque tout entier à ses anses réunies en une masse, lobulée supportée par un pédicule commun, qui n'est autre que le mésentère tordu sur lui-même suivant deux tours de spire, dans le sens des aiguilles d'une montre. La portion visible de ce mésentère est cannelée comme un pas de vis. Mais en outre, la dernière anse iléale au voisinage du cæcum, après s'être dégagée de la masse tordue, semble former une boucle fermée dans laquelle est passée cette masse, et dont le chef cæcal est comprimé par cette dernière. En résumé, du fait de la torsion et de la disposition de cette dernière anse en boucle. il y a trois points principaux de compression : un à chaque extrémité de la masse tordue et le troisième à la terminaison de la boucle comprimée par cette masse. A chacun de ces points, mais surtout sur les deux premiers, le sphacèle des tuniques est presque complet.

Ce qui explique que cette disposition n'ait pas été reconnue, malgré la prolongation des manœuvres de recherche au moment de l'opération, c'est précisément sa complexité; et, d'autre part c'est le fait que toutes ces anses distendues, serrées les unes contre les autres, ne pouvaient pas être déplacées facilement, et tendaient toutes à faire issue à la fois hors de l'abdomen.

Enfin, si, malgré ces points multiples d'obstruction, les anses intermédiaires étaient restées congestionnées et distendues, c'est d'une part, qu'elles étaient fermées à leurs deux extrémités et, par conséquent ne pouvaient évacuer leur contenu ; d'autre part, c'est qu'à leurs sécrétions, était venue s'ajouter une transsudation séro-sanguinolente assez considérable, dûe à la gêne de la circulation veineuse par torsion des vaisseaux dans le mésentère.

Aucune disposition anatomique, persistante au moment de l'autopsie ne peut rendre compte de la cause première de la torsion du mésentère qui n'a pas lui-même une longueur excessive.

# CONCLUSIONS

L'occlusion par torsion de la totalité du mésentère de l'intestin grêle n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. Depuis l'époque où M. Delbet attira l'attention sur ce mode d'occlusion, les observations se multiplièrent. Nous avons groupé dans notre travail quinze cas.

Cette lésion survient généralement chez les adultes. Les femmes y paraissent plus prédisposées. Sur nos quinze cas, dix se présentent chez les femmes.

Il faut invoquer comme cause, des conditions physiologiques spéciales ; boulimie, peut être la coprostase habituelle, états divers du tube digestif. Souvent ces conditions font défaut et ce mode d'occlusion survient chez des sujets jouissant d'une santé excellente. Dans un autre ordre d'idées, il faut invoquer des conditions anatomiques particulières, dont la plus importante est l'allongement acquis du mésentère, allongement pouvant être aussi congénital. Ensuite, on peut faire intervenir le le tiraillement du péritoine pariétal par les anses intestinales distendues par les gaz ou leur réplétion par suite de la constipation.

Ailleurs, ce sont des brides inflammatoires, des fossettes mésentériques congénitales, une ancienne hernie.

La torsion totale du mésentère produit généralement un double étranglement comme dans la torsion partielle que nous avons laissée de côté.

Un premier étranglement siège sur la première anse jéjunale ; un second siège au niveau de l'anse cæcale (dernière anse de l'iléon).

La torsion est dextrogyre, dans le sens des aiguilles d'une montre ou lévogyre (cas de MM. Morestin, Reynier, Kirmisson), dans le sens contraire.

Comme symptomatologie spéciale, il faut signaler l'absence de vomissements fécaloïdes, ou tout au moins leur rareté (ils existent quand l'étranglement supérieur est situé à une certaine distance de l'anse duodénale), la présence presque constante des vomissements bilieux, le ballonnement, plus ou moins limité, de l'abdomen vers la région ombicale, tandis que les fosses iliaques sont aplaties, la présence fréquente d'un épanchement péritonéal ou intra-intestinal donnant une matité à son niveau, relativement mobile dans le premier cas, mais fixe dans le second ; la succession rapide des symptômes fonctionnels, les vomissements suivant de près (quelques heures ou immédiatement) les symptômes douloureux du début.

Le pronostic est particulièrement grave. La gêne circulatoire due à la torsion du mésentère amène, outre l'épanchement intra-péritonéal et intra-intestinal, la gangrène rapide de l'intestin grêle. Sa gravité dépend du retard dans l'intervention, ou, si elle est pratiquée à temps, de la recherche pénible de l'agent de l'étranglement, qui reste le plus souvent introuvable ou méconnu. Les complications à craindre sont : la péritonite, circonscrite d'abord, puis rapidement généralisée, ou bien la péritonite par perforation, la tendance rapide au sphacèle de l'intestin grêle tout entier.

Le seul traitement auquel on doit avoir recours est la

laparotomie aussi précoce que possible, suivie après, de l'éviscération complète de la totalité de l'intestin grêle, et de la détorsion du mésentère. Au point de vue opératoire, la pratique à suivre consistera à rechercher, tout d'abord, pour s'orienter, le cæcum qui se montrera aplati et flasque, ainsi que le gros intestin. Le duodénum et la première anse jéjunale seront ensuite recherchés. On se rappellera la disposition habituelle de l'anse jéjunale et de l'anse cæcale de l'iléon, qui semblent pénétrer, en un même point, comme dans une sorte de collet de hernie rétro-péritonéale. La présence d'une corde tendue, tordue, de la grosseur du pouce, formée par le mésentère de l'intestin grêle et le péritoine pariétal tiraillé, feront soupçonner qu'il s'agit là de la variété d'occlusion qui nous occupe. On procédera à la détorsion en faisant évoluer de gauche à droite ou de droite à gauche toute la masse intestinale, la circulation des gaz sera immédiatement rétablie, et l'on verra ces gaz distendre instantanément le cæcum jusque là aplati et flasque.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Rokitansky. — 1837-1839 Archives générales de médecine, 2me série t. xiv p. 202, 1837, et Arch. de médecine, 3me série t. v p. 348, 1839.

Barker. (A. M). — Strangulation mesentery of the mesentery of the small intestin by the mesentery of the ileum. Buffalo M et SJ. 1880, 1. xx, 117, 119.

Alpago Novello (L). - Strozzamento mesenterico Gaz. med. ital. Padova, 1881, XXIV, 313, 315.

Lévêque, 1885. — Thèse. Paris De l'occlusion intestinale produite par les rotations de l'intestin et en particulier de l'intestin grêle.

Routier. — Société de chirurgie, 7 mai 1890.

Camichel. — Thèse de Lyon 1893. Contribution à la sémiologie de l'occlusion intestinale par étranglement.

Gangolphe. — Symptôme nouveau d'occlusion intestinale, in Bullet. médical, 1893, p. 366.

Albert. — Chirurgie Clinique, Paris 1893.

Schnitzler J. — Ueber mesenteriale Darmincarceration Wien. Klin. Kunds. 1895, ix, 593.

Mignon. — Gaz. des hôpitaux. Torsion du mésentère consécutive à une fossette duodénale, 1896, page 50.

P. Delbet. — Leçons de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, août et septembre 1897, page 257, cinq figures dans le texte et société de Chirurgie, Bulletin du 15, 22 juin 1898.

Tixier. — Thèse, Lyon, 1897. Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale.

Reynier, Kirmisson, Monod. — Bull. Soc. de chirurgie, 28 juin 1898.

Weinrich. — Réunion libre des chirurgiens allemands, 13 juin 1898.

Fabre. — De l'occl. intest. par torsion du mésentère, thèse Lyon, 1898.

Bérard et Delore. — Congrès de chirurgie 1899, in Revue de chirurgie, 1899, p. 579.


Nous n'avons pu nous procurer les observations d'Alpago-Novello et de Barker, la gazette italienne et les cliniques de Buffalo n'existant pas à la Faculté ni à la bibliothèque nationale.

Quant à Schnitzler, malgré le titre attrayant, l'observation ne se rapporte pas à notre sujet.


IMPRIMERIE DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE).

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.